

Anmeldung Ambulante Rehabilitation BESAS

Patient/Patientin

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse		
Telefonnummer	Austrittstermin (bei stationären Patienten/Patientinnen)	
Krankenkasse (Grundversicherung)	Hausarztmodell ☐ ja ☐ nein	

Zuweiser/Zuweiserin

Anmeldender Arzt/anmeldende Ärztin	Institution	Telefonnummer
Hausarzt/Hausärztin (falls abweichend vom Zuweiser/von der Zuweiserin)		
Bemerkungen		
Ort und Datum	Unterschrift zuständiger Arzt/zuständige Ärztin	

Bitte folgende Unterlagen beifügen:

- aktuelle Diagnoseliste
- aktuelle Medikamentenliste
- relevante Arztberichte
- Hinweis: Wir benötigen keine Verordnungen für die Therapien. Das entsprechende Kostengutsprachege such bei der Krankenkasse wird durch uns gestellt.

Anmeldemöglichkeiten:

- per Mail an ambulante-rehabilitation@siloh-spital.ch
- per Post an
 Siloh AG, BESAS Berner Spitalzentrum für Altersmedizin, Ambulante Rehabilitation, Worbstrasse 316, 3073 Gümligen

Vielen Dank für Ihre Anmeldung!